別記様式第1号(第6条関係)

|  |
| --- |
| 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書(社会福祉法人による利用者負担の軽減制度) |
| 　 | フリガナ被保険者氏名 | 　 | 確認番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |
| 利用サービス | 1　居宅サービス(訪問介護、通所介護、短期入所生活介護)2　指定介護老人福祉施設(旧措置入所者への該当　該当・非該当) |
| 利用者負担額軽減申請理由 | 　 |
| 　 | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 市町村民税世帯課税状況 |
| 世帯構成 | 世帯主 | 　 | 　 | 　 | 課税・非課税 |
| 世帯員 | 　 | 　 | 　 | 課税・非課税 |
| 　 | 　 | 　 | 課税・非課税 |
| 　 | 　 | 　 | 課税・非課税 |
| 　洞爺湖町長　様　上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。　また、軽減対象確認のために必要があるときは、私及び私の世帯の世帯員に関する町民税の課税状況について、洞爺湖町長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。　　　　　　年　　月　　日 |
| 申請者 | 住所氏名　　　　　　　　　　　　印 | 電話番号 |
| ※町記入欄 |
| 　 | 交付年月日 | 　 | 　 |
| 年　　月　　日 | 　 |
| 適用年月日 |
| 年　　月　　日から |
| 有効期限 |
| 年　　月　　日まで |
| 　 |